

**COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM  
MS 5202  
P.O. BOX 997413  
SACRAMENTO, CA 95899-7413  
(916) 552-8015 Fax No.: (916) 552-8018**



CMSP Letter No.: 05-02  
Issue Date : January 14, 2005

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP) SPANISH  
VERSION OF FORM 210 (12/04)

In ACL 04-11 you were sent camera-ready copies of the Spanish version of CMSP Form 210, with a form date of 12/04. Recently, it has been brought to our attention that the Spanish version of that form has errors; specifically, the errors occurred in item numbers 7.a. and 19.

Enclosed is the corrected version now identified as CMSP 210 (SP) (12/04) (corrected). Please destroy all of the CMSP 210 (SP) (12/04) forms previously issued and replace with the corrected copies. Additionally, please use the enclosed camera-ready copies as masters to reproduce an adequate supply for your county's use.

If you have any questions regarding this letter, please contact Ms. Patricia Stewart at (916) 552-8047.

Sincerely,

Marylyn Willis, Chief  
County Medical Services Program Unit

Enclosures

cc: Mr. Lee Kemper  
Administrative Officer  
CMSP Governing Board  
1451 River Park Drive, Suite 222  
Sacramento, CA 95815

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO (CMSP)

					COUNTY USE ONLY																									
1. Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Indique sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date: _____																									
2. Direccion	Ciudad	Estado	Codigo postal	Telefono de casa (    )	Case number: _____																									
	Direccion postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Codigo postal	Telefono de trabajo (    )	EW name/number: _____																								
3. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)					County resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																									
4. a. Anote todas las personas con las que usted vive:					<input type="checkbox"/> Identification																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nombre y Apellido</th> <th style="width: 10%;">Sexo</th> <th style="width: 15%;">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 15%;">Número de Seguro Social</th> <th style="width: 15%;">Parentesco</th> <th style="width: 20%;">Pide el CMSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> M</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> M</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> M</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>						Nombre y Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco	Pide el CMSP		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MC 13
Nombre y Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco	Pide el CMSP																									
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
b. De las personas anotadas arriba ¿están embarazadas? Si la respuesta es sí, ¿quién está embarazada?: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
c. Sólo para aplicantes de CMSP:																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nombre</th> <th style="width: 25%;">Lugar de Nacimiento (Estado o País)</th> <th style="width: 25%;">Ciudadano de EU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>						Nombre	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	Ciudadano de EU			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																
Nombre	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	Ciudadano de EU																												
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
5. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia un seguro de salud actualmente? Si no lo tiene, ¿es posible de obtener seguro medico por su empleador? Si su respuesta es sí, a una o las dos preguntas en número 5, por favor conteste lo siguiente:					<input type="checkbox"/> DHS 6155 completed and sent																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Nombre del Seguro de Salud</th> <th style="width: 30%;">Persona(s) con Seguro</th> <th style="width: 35%;">Prima/Cada Cuando se Paga</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Nombre del Seguro de Salud	Persona(s) con Seguro	Prima/Cada Cuando se Paga				<input type="checkbox"/> Other health coverage																		
Nombre del Seguro de Salud	Persona(s) con Seguro	Prima/Cada Cuando se Paga																												
Fecha de vencimiento:                    /                    /																														
6. a. ¿Ha sido hospitalizado recientemente o esta usted bajo cuidado de un doctor? Si contesta sí, ¿para que problema? _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
b. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia un problema físico o emocional que le dificulte trabajar o cuidarse y que ha durado o espera que dure por lo menos 1 año? Si contesta sí, conteste lo siguiente:					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nombre de la Persona que tiene el Problema</th> <th style="width: 25%;">Clase de Problema</th> <th style="width: 25%;">Fecha en que Comenzó el Problema</th> <th style="width: 25%;">Fecha que Espera Recuperarse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Nombre de la Persona que tiene el Problema	Clase de Problema	Fecha en que Comenzó el Problema	Fecha que Espera Recuperarse									<input type="checkbox"/> Presumptive												
Nombre de la Persona que tiene el Problema	Clase de Problema	Fecha en que Comenzó el Problema	Fecha que Espera Recuperarse																											
c. ¿Con el tratamiento espera poder trabajar en 1 año o menos?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
d. ¿Está apelando una negación de incapacidad del seguro social?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
e. ¿Fue el problema que se indicó arriba en el 6.a. y b. causado por una lesión o accidente?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
f. ¿Ha echo usted una demanda o una demanda contra su seguro?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
7. a. ¿Trabaja usted o algún miembro de su familia o esperan trabajar en los siguientes tres meses? Si contesta sí, conteste lo siguiente y favor de comprobarlo:					<input type="checkbox"/> Social security disability denial date: _____																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Patrón</th> <th style="width: 20%;">Horas por Semana (Si las horas varían, indique el promedio)</th> <th style="width: 20%;">Ingreso Bruto</th> <th style="width: 20%;">Cada Cuando le Pagan (Semanal, etc.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Patrón	Horas por Semana (Si las horas varían, indique el promedio)	Ingreso Bruto	Cada Cuando le Pagan (Semanal, etc.)									<input type="checkbox"/> Third party liability												
Patrón	Horas por Semana (Si las horas varían, indique el promedio)	Ingreso Bruto	Cada Cuando le Pagan (Semanal, etc.)																											
b. Si usted no está trabajando, cuando fue la última vez que trabajó? Mes: _____ Año: _____					<input type="checkbox"/> UIB/SDI referral																									
8. ¿Si tiene negocio propio, han cambiado los ingresos brutos calculados en su última Declaración de Impuestos Federales?					<input type="checkbox"/> LDW: _____																									
9. ¿Recibe usted o cualquier miembro de su familia, (G) gratis o a cambio del (T) trabajo lo siguiente? ¿Si su respuesta es sí, qué es lo que recibe? Renta o alojamiento <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T    Utilidades <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T    Comida <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T    Ropa <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T					<input type="checkbox"/> LDP: _____																									
					<input type="checkbox"/> Last employer																									
					<input type="checkbox"/> Tax return																									
					<input type="checkbox"/> P and Ls																									
					<input type="checkbox"/> Unearned																									
					<input type="checkbox"/> Earned																									

10. ¿Cuanto paga usted o algún miembro de su familia de renta/hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ Servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_

11. ¿Si usted o un miembro de su familia a solicitado, recibe, o espera recibir algunos de los siguientes beneficios, o pagos? (Marque (✓) las casillas apropiadas y por favor compruebelo.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro Social (pensión o de incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación de Trabajadores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SSI/SSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pago de seguro o una demanda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de Desempleo (UIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becas, Préstamos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de Incapacidad (DIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia General/Ayuda General
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mantención de Hijos/Pensión Alimenticia			

Cantidad total que espera recibir este mes: \$ \_\_\_\_\_

12. ¿Ha servido usted, o cualquier miembro inmediato de su familia en el servicio militar de los Estados Unidos?  Sí  No

13. ¿Tiene usted o cualquier miembro de su familia seguro de vida, seguro de entierro, o confianza de entierro?  Sí  No  
Si contesta sí, conteste lo siguiente:

Nombre y Dirección de Campaña	Tipo de Seguro (De vida o de término)	Valor Nominal	Valor Actual
		\$	\$
		\$	\$

14. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia recursos líquidos, como dinero en efectivo cuentas de cheques y ahorros, acciones, bonos, cuentas de pensión, certificados de deposito, IRAs, 401 Ks, fondos mutualistas, etc.?  Sí  No

Si contesta sí, conteste lo siguiente:

Tipo de Cuenta	Banco	Número de Cuenta	Balance

15. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia automóvil(es) o otro vehículo(s) motorizado(s), lanchas, vehículos de campar o remolques?  Sí  No

Año	Tipo de Automóvil/Vehículo, Marca, y Modelo	Cuanto se Debe	Funciona?
		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

16. a. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia una casa propia o está en el proceso de comprar una?  Sí  No

b. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra propiedad o esta en el proceso de comprar una?  Sí  No

Si contesta sí, dirección (número, calle) de casa a/o otra propiedad verdadera Ciudad Estado Código postal

17. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia joyas que valgan más de \$100 cada uno o propiedad personal con excepción de artículos domésticos?  Sí  No

Si contesta sí, favor de anotar: \_\_\_\_\_

18. ¿Ha vendido, transferido o regalado usted o algún miembro de su familia alguna propiedad personal en los últimos dos meses?  Sí  No

19. ¿Paga usted o su cónyuge mantenimiento de hijos, pensión alimenticia o cuidado de niños?  Sí  No  
Si contesta sí, favor de comprobarlo:

Cantidad \$	A quién
-------------	---------

**Asegurese de leer todo y contestar todas las preguntas. Lea lo siguiente cuidadosamente antes de firmar.**

- Entiendo que estoy solicitando beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) y que no estoy solicitando beneficios del Programa Estatal de Medi-Cal.
- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas según mi entender y conocimiento.
- Estoy de acuerdo en las responsabilidades explicadas en el formulario "Derechos, Responsabilidades Y Otra Información" que ya he recibido.
- Entiendo que se me puede pedir que compruebe lo que he declarado y que mis beneficios pueden ser sometidos a una revisión.
- Entiendo que la ley requiere que el condado mantenga confidencial toda la información que yo le proporcione.

**Entiendo que si deliberadamente doy un testimonio falso o retengo información, yo (o la persona a quien represento) puedo (pueden) perder los beneficios de CMSP y/o yo puedo ser juzgado por cometer fraude.**

Firma del solicitante			Fecha
Firma del testigo o de la persona que le ayuda al solicitante a llenar el formulario	Parentesco	Telefono ( )	Fecha